

## CONSENSOS



### Simposio Internacional sobre Investigación en Enfermería Comunitaria

Granada, España, 4 y 5 de octubre de 2007

### La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida\*

Joan Carles *Contel Segura*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Diplomado en Gestión Sanitaria y Máster en Gestión Pública por ESADE. Coordinador de Procesos Enfermería Ambit Costa Ponent, Institut Catalá de Salut. Profesor asociado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, España

Manuscrito recibido el 23.12.2007

Manuscrito aceptado el 27.8.2008

**Index de Enfermería [Index Enferm] 2009; 18(3): 176-179**

\*Contenidos de la Mesa Redonda desarrollada dentro del Simposio Internacional sobre Investigación en Enfermería Comunitaria, celebrado en Granada, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, el 4 y 5 de octubre de 2007

#### Cómo citar este documento

Contel Segura, Joan Carles. La atención a personas en situación de dependencia: Aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2009; 18(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n3/1769.php>> Consultado el 20 de Marzo de 2013

#### El entorno de la Atención Domiciliaria

*Envejecimiento y dependencia.* Durante muchos años se han asociado las necesidades de atención a domicilio con el envejecimiento de la población. Indudablemente éste es un factor importante que determinará un aumento de la demanda de servicios domiciliarios, pero no será el único. Las proyecciones llevadas a cabo por IMSERSO, conjuntamente con los datos de otras agencias (Eurostat, Naciones Unidas) muestran una proyección que pasa por un aumento importante en la proporción de personas mayores para mitad de este siglo (IMSERSO, 2004 y 2006). Concretamente se pasará de un 17% actual de mayores de 65 años y un 4% de mayores de 80 años a más de un 30% y de un 10% respectivamente en el año 2050. Este último dato es relevante debido a que las personas mayores de 80 años tienen una prevalencia de incapacidad y una mayor prevalencia de deterioro cognitivo.

El análisis del envejecimiento se ha de complementar con el análisis de la *evolución de la dependencia*. Los estudios existentes apuntan a que un incremento en el número de personas mayores no implica de manera directamente proporcional un incremento paralelo de personas mayores con dependencia. Algunos datos basados en la "teoría de compresión de la morbilidad" apuntan a una discreta disminución en las prevalencias de dependencia. Todo ello añade una nueva variable que habrá que analizar y estudiar su comportamiento a lo largo del tiempo (Fries, 2003; Casado, 2007; López Casasnovas, 2007). Se requieren estudios con muestras grandes que permitan observar en el tiempo las tendencias, las causas que se asocian a la evolución de la dependencia y la identificación de intervenciones preventivas con mayor evidencia científica en relación a su impacto en ésta (Fries, 2003).

*El incremento personas con enfermedades crónicas.* Otro aspecto que debemos considerar es el impacto que tiene el incremento de enfermedades crónicas. Existen proyecciones en las que se prevee un aumento significativo de ingresos hospitalarios no programados como consecuencia de ello, especialmente en procesos crónicos como EPOC, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca (Dr. Foster, 2006). En algún estudio realizado en nuestro país también se ha observado que el factor que se asocia con una mayor intensidad de visita domiciliaria es la presencia de úlceras por presión, mientras el incremento de niveles de comorbilidad no genera necesariamente una mayor intensidad de visitas domiciliarias, mientras que se identifica como el principal factor relacionado con el incremento de ingresos hospitalarios no programados en pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria (Sylvia, 2006). El desarrollo por parte del Departamento de Salud británico de 3000 nuevas gestoras de casos (Community Matrons) va dirigido a pacientes complejos o a riesgo con un perfil clínico de comorbilidad con presencia de varias enfermedades crónicas a la vez. Uno de los datos más relevantes fue que en la mayoría de casos cuando los sistemas de información detectaban a estos pacientes, éstos no estaban incluidos en los programas de atención domiciliarios por parte de las enfermeras comunitarias de distrito (Hutt, 2003; Gravelle, 2007).

Todo este análisis también se traduce en una estimación de incremento de costes en el sistema sanitario y de atención a largo plazo ("long term care") entre el 3,5 y el 6% del PIB durante el periodo 2005-2050 (OECD, 2006).

*La extensión de los servicios domiciliarios: ¿existe una cobertura suficiente?* Dentro del ámbito de la Atención Primaria actualmente se dispone de una cobertura alrededor del 6% de personas mayores de 65 años incluidas en programas de atención a domicilio de carácter sanitario. La literatura nos aporta numerosas descripciones del tipo de servicio que actualmente se está ofertando por parte de los equipos de Atención Primaria (Contel, 1999; Instituto de Salud Carlos III, 2002). Sabemos que los usuarios de estos programas mayoritariamente son mayores con edades medias que oscilan entre los 78 y los 81 años, tienen situaciones de comorbilidad, las coberturas estarían entre el 5.9 y el 9.14, con una intensidad de servicio que no llegan a las 10 visitas por paciente y año siendo las 2/3 partes visitas realizadas por las enfermeras comunitarias.

En el caso de la atención a domicilio de carácter social (ayuda en actividades de tipo personal y doméstica) la cobertura es muy baja comparada con otros países de la Unión Europea, alrededor del 3,5% de personas mayores de 65 años que reciben estos servicios, hasta hace poco en un entorno de cobertura asistencialista o de "beneficiencia". La intensidad se sitúa en 16-18 horas/mes por paciente (comparada con un rango entre 50-150 horas/mes en Alemania) Se ha de tener en cuenta que en algunos países de nuestro entorno existen coberturas superiores al 10% y al 15% e intensidades de servicio que superan significativamente las de nuestro país (IMSERSO, 2004).

Con la nueva Ley de la Dependencia estaríamos en este momento en el inicio de una etapa donde se incorpora un nuevo modelo de cobertura universal, aunque todavía de implantación progresiva, donde se incorpora financiación pública aunque en estos próximos años las dependencias moderadas queden excluidas pero en el que no se ha propuesto la construcción de un modelo de atención sociosanitario integrado para las personas en situación de dependencia.

*El entorno europeo.* En la década de los 80 algunos países de la Unión Europea experimentaron un rápido crecimiento de la población anciana y dedicaron un gran esfuerzo económico a la creación de instituciones, la mayoría de ellas para recluir a los ancianos de forma permanente. Muchos gobiernos reconocen que cometieron un gran error, ya que apostaron excesivamente por un modelo basado en cuidados residenciales (Coleman, 1995).

Posteriormente se dismantelaron muchas de estas instituciones o en el mejor de los casos, se transformaron en modelos residenciales más abiertos y permeables a la comunidad y se reorientó la asignación de recursos hacia el sector de la atención a domicilio, desarrollando toda una oferta amplia de servicios en la comunidad, como sería el caso de las políticas de sustitución holandesas.

Aunque todos los países desarrollados se enfrentan a problemas de envejecimiento y de incremento de personas dependientes en el domicilio, existen grandes diferencias en lo que respecta a la historia de la atención domiciliaria y a la forma como está organizada. Una de las características más relevantes es la tendencia hacia un nivel más alto de colaboración, cooperación e integración (en algunos casos "fusión") de los servicios de atención sanitaria domiciliaria y los servicios de ayuda a domicilio, proporcionados con frecuencia por organizaciones separadas, financiadas y organizadas por separado (Leichsenring, 2003).

## **Las Evidencias sobre la Atención Domiciliaria**

*¿Es coste-efectiva la atención domiciliaria?* Tradicionalmente se ha presentado la atención domiciliaria como una alternativa más "coste-efectiva" que otras formas más residenciales, aparte de consideraciones de otra índole como serían la libertad y el derecho de las personas a vivir en su entorno natural durante el mayor tiempo posible. Algunos autores han intentado demostrar que en algunos casos, especialmente en el de personas que viven solas con altos niveles de incapacidad o requerimiento de intensidad de servicios, no siempre es una alternativa más coste-efectiva.

Otra de las áreas donde se han realizado estudios de interés es en la evaluación del coste efectividad de servicios profesionales que garantizaban la continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la comunidad (equipos que prestan cuidados transicionales, enfermeras de enlace, etc). Uno de los trabajos más relevantes es el realizado por Naylor que demostró cómo una intervención de cuidados transicionales, podía disminuir drásticamente el número de reingresos, días de hospitalización y el coste post-alta de los pacientes incluidos en el estudio (Naylor, 1999). También una revisión reciente apuntaba que sólo aquellas experiencias de planificación de alta que se combinan con una cierta intensidad de servicios en la fase de postalta inmediata tiene un cierto impacto en algunos indicadores como reingresos, mejora capacidad funcional) (Mistiaen, 2007).

En el área de la gestión de casos para pacientes en situación de complejidad clínica y dependencia también existe una rica aportación de revisiones y estudios que no aportan una evidencia concluyente en la implementación de estos programas de gestión de casos (Hutt, 2004; Gravelle, 2007).

*La visita domiciliaria preventiva.* Durante toda la década de los 90 ha habido una gran discusión sobre la efectividad de la visita preventiva al anciano en el domicilio. Uno de los trabajos con mayor interés es el meta-análisis publicado en la revista JAMA por Stuck. En términos generales la implementación de programas de vistas domiciliarias de manera preventiva no producía una disminución en las tasas de mortalidad, en el número de ingresos en residencias y en la contención del deterioro de la autonomía personal de las personas mayores incluidas en estos programas. Sólo cuando se lleva a cabo un subanálisis se observa un impacto positivo en los tres indicadores anteriormente mencionados, concretamente en el grupo de ancianos más jóvenes y cuando se realiza una intensidad de visitas a domicilio por encima de nueve visitas por paciente. Existen limitaciones comentadas por los autores en relación a los estudios seleccionados como la poca información disponible en relación al tipo e intensidad de la intervención realizada, el grado de cumplimiento por parte de los pacientes de las conductas y hábitos recomendados por los profesionales y la selección adecuada de la población diana en los estudios.

En definitiva no parece que exista suficiente evidencia que demuestre que la puesta en marcha de programas amplios de atención domiciliaria de carácter preventivo, por parte de los servicios comunitarios, tenga un beneficio razonable para la población anciana en general. Deben realizarse más estudios para estimar *qué tipo de población diana* podría beneficiarse más específicamente de estas intervenciones, *qué intervención* y *con qué intensidad* produce evidencias que justifiquen la puesta en marcha de programas comunitarios (Stuck, 2002).

## **El futuro: nuevos modelos de atención a domicilio**

*La Hospitalización a domicilio.* Una de las modalidades de atención a domicilio que mayor expansión está teniendo en los últimos años en nuestro país es la Hospitalización a domicilio (HD). Esta podría definirse como un servicio en el que

se dispensa atención médica y cuidados en el domicilio del paciente, con una intensidad y frecuencia comparable a la que se le habría proporcionado en el marco de una hospitalización convencional. Los pacientes atendidos por estas unidades han de presentar una situación de estabilidad clínica y no han de presentar ningún criterio indicador de mala evolución en su proceso médico o quirúrgico. Generalmente se excluyen aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo de padecer una complicación.

En nuestro país se ha asociado el concepto de HD a una actividad en la que el hospital es la única entidad proveedora capaz de llevarla a cabo. Revisando la literatura internacional se observa que no siempre es así. Atendiendo a la orientación del sistema sanitario existen diferentes modelos de programas de HD, existiendo modelos en el que estos servicios son llevados a cabo por enfermeras comunitarias. Por otra parte las evidencias más favorables desde el punto de vista de coste-efectividad estarían en la modalidad en la que el paciente entra en estos programas directamente evitando el ingreso hospitalario (Shepperd, 2007). Existe una evidencia menos favorable en la modalidad de HD en la que se produce un ingreso hospitalario convencional con alta precoz seguida de seguimiento a cargo de esos programas.

Parece difícil pensar que ante el sistema de financiación de los hospitales "por hacer" (pago por case-mix) y de la atención primaria por presupuesto ("por estar"), las dificultades en obtener nuevas inversiones para incrementar camas y el énfasis en aumentar el número de altas, los hospitales no incrementen de manera significativa en los próximos años la implementación de estos programas aunque no haya suficiente evidencia favorable generalizada en términos de coste-efectividad.

*La atención compartida.* Si bien está claro que los equipos de atención primaria son uno de los agentes principales que lideran el desarrollo de programas de atención a domicilio, se ha incrementado de manera significativa el número de organizaciones y profesionales que participan en este ámbito asistencial. Vemos pues cómo determinadas líneas de servicio, entre ellas la atención a domicilio, requieren la adopción de una nueva filosofía asistencial. Es lo que en el mundo anglosajón se denomina "Shared Care" o en los Países Bajos "Transmural Care". En nuestro país una traducción que se aproxime a este concepto sería probablemente "atención compartida".

Este nuevo modelo asistencial pretende diseñar servicios sanitarios, también con componente social, a medida de las necesidades del paciente y la familia, en el caso de la atención domiciliaria, sobre la base de una responsabilidad compartida (responsabilidad administrativa, legal y financiera) entre las organizaciones y profesionales existentes en el sistema sanitario y social. Este nuevo concepto ha acompañado a un buen número de experiencias en la mayoría de los países con un buen desarrollo de servicios domiciliarios.

*Nuevos modelos en la prestación de servicios.* En los últimos años se han reflexionado y elaborado procesos de innovación que han aportado nuevos modelos de prestación de servicios para personas dependientes, con enfermedades crónicas y en situación de complejidad o a riesgo: modelos de atención al paciente crónico basados en el modelo del Instituto McColl y los modelos que pretenden analizar las características de las poblaciones y estratificarlas para poder actuar proactivamente sobre ellas con paquetes de servicios adaptados a sus necesidades. Estos modelos contemplarían los siguientes ingredientes:

- Evaluación de necesidades de la población estratificando ésta en base a un modelo predictivo: modelo Kaiser, Evercare, Pfizer.

- Rediseño (en algunos casos reingeniería) del modelo de prestación de servicios en función del nivel de complejidad obtenido por el modelo de estratificación (King's Fund, 2006; Sylvia, 2006).

- Diseño de modelos de "gestión de casos" para las personas en situación de complejidad o a riesgo (comorbilidad, patrón de utilización de servicios intensiva, dependencia moderada o severa).

- Desarrollo de procesos asistenciales integrados que incluyan proveedores sanitarios, sociales, pacientes y cuidadores.

- Desarrollo de un sistema de información compartido con datos de la atención hospitalaria y de la atención primaria (CMBD común).

- Implementación de sistemas expertos de apoyo a la toma de decisiones clínicas.

- Aproximación a un modelo integrado a la valoración y seguimiento de pacientes dependientes.

- Potenciación de la atención primaria y el liderazgo de las enfermeras comunitarias en este proceso de transformación.

De todas estas nuevas palancas de cambio en la configuración de nuevos modelos asistenciales se empiezan a visualizar interesantes evidencias (Singh, 2006).

## Conclusiones

Las enfermeras comunitarias están en disposición de liderar la implementación de unos servicios domiciliarios de calidad. Probablemente la atención a pacientes complejos o en situación de dependencia sea una de las áreas que puede aportar mayor valor añadido a su desarrollo y madurez como profesión. No obstante a este reto se le añade otro que es la capacidad de saber trabajar en red en un sector emergente y complejo. Una atención a domicilio de calidad pasa necesariamente por la suma de esfuerzos y una atención compartida entre las diferentes organizaciones, agentes y profesionales que trabajan en la comunidad. La búsqueda unilateral de organizaciones más eficientes puede llevar al desarrollo de organizaciones egocéntricas. Por ello debe incentivarse y financiarse la elaboración y despliegue de proyectos comunes e intersectoriales.

## Bibliografía

- Casado D (2007). Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España. Bilbao. Fundación BBVA.
- Coleman B (1995). European models of Long term care in the Home and Community. International Journal of Health Services; 25(3): 455-474.
- Contel JC, Gené J, Peya M (1999). Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Ediciones Springer-Verlag.
- Dr. Foster Intelligence (2006). Keeping people out from the hospital: the challenge of reducing emergency admissions. Disponible en <http://www.drfoosterintelligence.co.uk/library/localDocuments/ReducingEmergencyAdmissions.pdf> [Consultado 4.07.2007].
- Fries J (2003). Measuring an Monitoring Success in Compressing Morbidity. Ann Inten Med; 139: 455-459.
- Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M (2007). Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. BMJ;

334: 31.

Hutt R, Rosen R, McCauley J (2004). Case-Managing Long-Term conditions: What impact does it have in the treatment of older people? London: King's Fund.

King's Fund (2006). Combined Predictive model: final report. London: King's Fund.

IMSERSO (2004). Las personas mayores en España: Informe 2004. Madrid: IMSERSO.

(2006). Servicios Sociales para personas mayores en España. Madrid: IMSERSO.

Instituto de Salud Carlos III (2002). Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Leichsenring K (2003). Providing integrated health and social care for older persons: an European overview. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Aldershot: Ashgate.

López Casanovas G, Casado D (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Barcelona: Fundació La Caixa.

Mistiaen P, Francke AL, Poot E (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. BMC Health Serv Res, 4;7: 47.

Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen B, Mezey M, Pauly M. et al (1999). Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalised Elders: a randomized clinical trial. JAMA; 281(7): 613-620.

OECD (2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? Economics Department Working papers 477, 5.

Shepperd S, Iliffe S (2007). Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [Consultado 4.07.2007].

Singh D, Ham C (2006). Improving care for people with Long-Term conditions: a review of UK and International frameworks. HSMC. Birmingham: HSMC, University of Birmingham & NHS Institute for Innovation and Improvement.

Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J (2002). Home Visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. JAMA; 287: 1022-28.

Sylvia M, Shadmi E, Hiao CJ, Schuster AB, Boulton C (2006). Clinical features of high-risk older persons identified by predictive modeling. Dis Manag; 9(1): 56-62.



---

[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

---

[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guid-INNOVA](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304